

表1 自閉症と診断

ICD-10	DSM-IV-TR	スペクトラム
F84 広汎性発達障害	広汎性発達障害	自閉症スペクトラム障害
F84.0 小児自閉症	299.80 自閉性障害	
F84.1 非定型自閉症		
F84.2 レット症候群	299.80 レット障害	
F84.3 他の小児崩壊性障害	299.10 小児期崩壊性障害	
F84.4 精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害		
F84.5 アスペルガー症候群	299.80 アスペルガー障害	
F84.8 他の広汎性発達障害		
F84.9 広汎性発達障害, 特定不能なもの	299.80 特定不能の広汎性発達障害 (非定型自閉症を含む)	

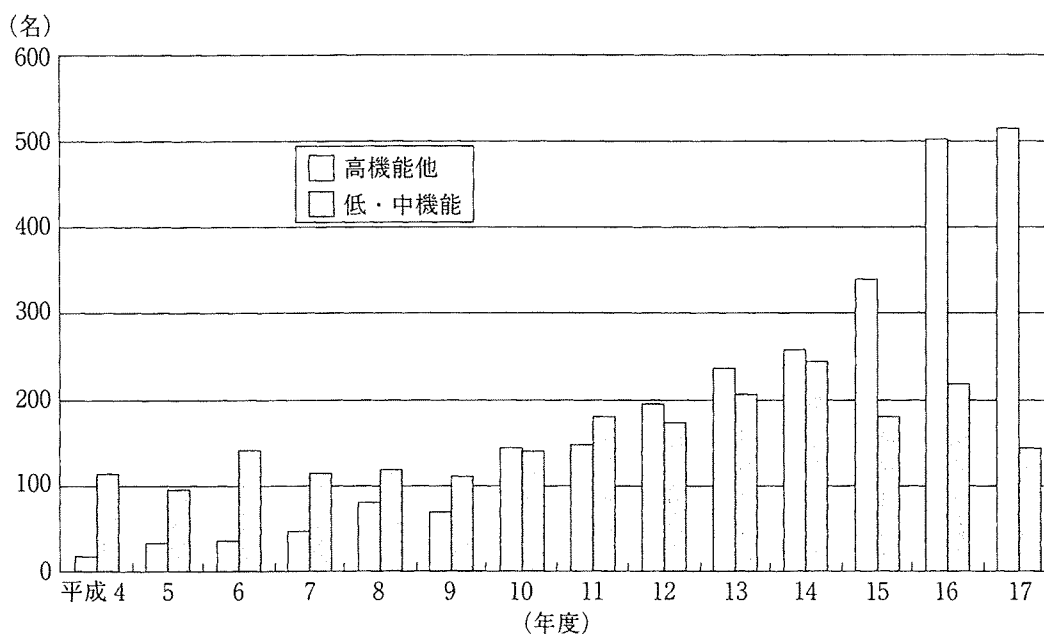


図1 機能別広汎性発達障害の変遷 (都立梅ヶ丘病院外来新患統計より)

報告した自閉性精神病質と連続したもの」と考えた。1980年代以降になり、世界的に使用されるようになった操作的診断基準 (ICD や DSM) が日本でも使用されるようになった。これらの中では広汎性発達障害という大カテゴリーの中に、小児自閉症あるいは自閉性障害として、レット症候群 (障害)、小児 (期) 崩壊性障害などとともに含まれている。一方で欧州の自閉症研究者たちは、操作的診断を使用せず、自閉症スペクトラム診断を用いている (表1 参照)。

広汎性発達障害概念の変化に従い、医療現場を

訪れる自閉症児も知的障害を伴わない高機能自閉症やアスペルガー症候群 (障害) とされる人々が増加してきた。この傾向は筆者の勤務する病院の統計では、平成10年頃を境に目立ち始め、「従来受診しなかった人々も訪れるようになった」と考えられた (図1 参照)。

## II. 発達障害者支援法の成立

国内における障害者支援は、長らく知的障害の水準によっていた。この傾向は教育、福祉、就労

などにおいてもみられた。例えば、教育では長らく知的水準を判定の大きな拠りどころとして、就学時の学級分けが行われていた。しかしながら、現実には知的水準は問題ないのに、通常級に在籍して「友人関係が持てない」、「周囲の状況が判断できない」、「学業成績が伴わない」などの悩みを抱える生徒が増えてきた。文部（科学）省は、平成4年から11年にかけて「学習障害に関する協力者会議」を開いて検討を加えた。この中で、神経心理学から始まった教育における“学習障害”（Learning Disability）概念と、DSMの“学習障害”（Learning Disorder）概念との擦り合わせが行われた。医療の学習障害概念は教育における学習障害概念のうち、言語性の学習障害概念に限定されている。この最終報告を受けて、非言語性の学習障害概念に代わって、教育界でもADHD概念などが登場した。福祉でも長らく知的水準に基づく障害程度分けが行われており、知的水準が低い場合には、より重度の療育手帳が発行され、支援費も多く用意されていた。現実には、福祉現場でも知的水準の高低に並行しない障害支援の難しさが指摘されていた。一例を挙げれば、強度行動障害支援事業はこれらの現状を踏まえて新たに支援の困難度を示そうとするものであった。知的障害を伴う広汎性発達障害者・児は、極端な“こだわり”や自傷・他傷行為があり、これらの対象になった。

広汎性発達障害においても、かつては知的障害を伴うものが中核群と考えられていた。前述したように、医療現場では平成10年頃を境に、広汎性発達障害児のうち知的障害を伴わない群が多くなった。単に知的障害を伴う広汎性発達障害児が減ったのではなく、マスメディア等の影響で知的障害を伴わない群が医療現場を訪れるようになったと考えられた。受診に至っているこれらの群は、何らかの社会的不安や困難を抱えていることは間違いなかった。彼らは、通常学級に通い、一流の高校、大学を卒業して時には大学院に通っている。試験の成績はよく、一流の学校に進学していくが、友人関係の持ち方、協調性ある行動は苦手な人々である。一部は思春期以降になり、現実逃避的な幻覚妄想様の訴えや、それまでになかった

気分の変動が目立ち始める。本人なりに社会に適応しようと努力するが、うまくいかず精神的ストレスが強まってくるためと推測される。これらの状況の下で、「一流企業に就職しても長続きしない」、「短期就業を繰り返している」、「上司と喧嘩ばかりしている」などの悩みを抱えることになる。このような状況が長期間続くと、“引きこもり”となることも珍しくなく、家庭内でもトラブルが増加して、家族全体が経済的にも心理的にも疲弊してしまうことになる。

これらの人々は精神遅滞はないため、知的障害者福祉法の対象にならず、療育手帳の対象にもなっていなかった。支援の対象に位置づけられていなかったため、さまざまな公的支援を受けられないでいた。中京地区を中心に、知的障害を持たない発達障害者への支援を求める運動が始まり、共感する国会議員の間で、議員立法を作ることが考えられた。平成16年の2月から10月まで、厚生労働省が中心になり、文部科学省も加わって、議員、医療・教育・福祉関係者らによる検討会が行われた。この中でこれらの人々への支援の必要性が確認され、平成16年12月に発達障害者支援法が参議院を通過し、平成17年度から施行された。

対象者については、法の中で「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能障害であり、その症状が通常低年齢で発現するもの」とされた。細目の中では「脳機能の障害であって、その障害が通常低年齢に発症するものうち、ICDのF8（学習能力の特異的発達障害、広汎性発達障害など）およびF9（多動性障害、行為障害、チック障害など）に含まれるもの」とされた。この法律の中で、国民には、「障害者への理解と障害者の社会参加に対する協力」を、医療、保健、福祉、教育、労働の業務に関する部局へは“障害者支援の連携”を求めている。国、都道府県および市町村に対しては、「発達障害に対する国民の理解を深めるように啓発活動を行なう」こととして、厚生労働省内に部局を横断した組織を作った。教育関係者には、“発達障害者・児への教育的配慮”を義務付け、就労については、「就労機会の確保、学校における就労支援の

準備をする」こととした。それまであった「自閉症・発達支援センター」は「発達障害者支援センター」として、障害の対象を拡大してその事業を行うこととなった。センターは「発達障害を対象とする専門医療機関の確保および支援体制の整備、医療または保健業務に従事する者に対して知識の普及・啓発に努める」ことになった。専門的治療機関、治療スタッフの不足に鑑みて、「発達障害者への適切な支援のため、さまざまな分野で専門的知識を有する人材の確保をする」こととなった。「発達障害の実態の把握とともに、原因の究明、診断および治療、支援方法などの調査研究を行なう」ことも指摘された。

### Ⅲ. 発達障害者支援法施行以降

知的障害があれば、広汎性発達障害でも知的障害者福祉法の対象になる。同様にF8, F9の診断がつけられれば、他にどのような障害があってもこの法の対象者となっている。しかし支援の現場では、「知的障害があると発達障害者支援法の対象にしない」という誤った情報が流れている。当然、知的障害のある広汎性発達障害も必要なら対象にできる。

知的障害のある広汎性発達障害には、療育手帳が発行される。しかし、知的障害のない発達障害はこの対象にならないため、精神障害者保健福祉手帳が支給される。この手帳は、他の精神科疾患と同じく、医師の診断書により発行できるが、医師の中にはこの事実を知らない場合がある。保護者の中には、「精神障害」という名称に抵抗感のある場合もある。ICDでは発達障害も含めて、精神科で扱う疾患を「精神および行動の障害」としてFコードに分類している。最近では手帳を希望して来院する方が増加している。専門性ある医師・医療機関の不足に対しては、この法とは別に母子保健課が中心となり、「子どもの心の診療医」の養成に取り組んでいる。平成17年から3年間にわたって検討会が開かれ、3段階による医師の養成が決められ、研修会などが開催されている。医療機関については、平成20年度より、「子どもの心の診療拠点病院モデル事業」が、全国約10カ所

を対象に行われている。国と都道府県の予算による事業で、専門スタッフの養成、研修、連絡会、啓発などがその内容である。しかしながら、この事業は児童青年が対象であり、発達障害者への専門性ある医療機関は対象となっていない。発達障害者への専門的医療機関は皆無に近い状態であり、一部の志ある医師の努力に任されている。

教育では、「発達障害者・児への教育的配慮」として、特別支援教育が平成19年度から始まっている。特別支援教育の施行に先立ち、国や都道府県によるモデル事業が5年近く行われた。市区町村単位でシステムは異なるが、固定式あるいは通級式の特別支援学級や、「取り出し」方式の教育などが行われている。各学校では、校内委員会が設置され、コーディネーターが任命され、学校全体で取り組むようになってきている。また必要に応じて専門家チームが用意され、教育以外からの支援も受けられるようになってきている。知的障害を伴わない広汎性発達障害児は通常学級にも在籍しており、特別支援教育だけでなく通常教育でも対応する必要がある。平成13年度の全国調査で、通常学級において“教育上の配慮を必要とする児童”は6.3%とされたが、最近の教育現場での印象では、これを超える数字が推測されている。通常学級で発達障害への対応を充実し、難しい場合だけ特別支援教育で対応する必要がある。小学校で発達障害が話題になったため、学齢期が主たる対象になっていたが、発達障害児は中学校、高校、短大、大学と進学していくわけであり、それぞれの教育段階での対応が望まれている。また就学前については、早期発見、早期診断の重要性が指摘されており、発達障害への理解・取り組みが緊急の課題になっている。

就労についても、かつては知的障害を伴う発達障害者・児の労働能力の低さが着目されていた。最近では発達障害を伴わない広汎性発達障害者・児の就労困難が話題になっている。労働能力はあっても、就労先での人間関係などに悩み、短期間で辞めてしまうことが指摘されている。要求水準と現実能力の乖離に悩み、再就労が難しいことも知られている。特別支援学校などでは、在学中からの実習などで就労への取り組みが行われている。

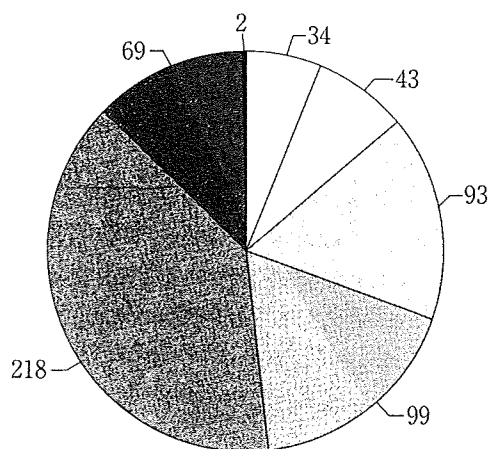
発達障害者への取り組みの拡大に伴い、都道府県、政令指定都市に設けられた発達障害者支援センターの多くは来所者の多さに多忙をきわめている。専門的医療機関が少ないため、確保が難しく、紹介する数少ない医療機関は混雑しているのが現状である。大都市の発達障害者支援センターには、一流の大学・大学院を卒業して一流の企業に就職したが協調性を必要とされたために挫折してしまった発達障害者が登場した。これらの人々の受け皿がこれまで存在していなかったことが改めて示された。

発達障害についての情報については、各発達障害者支援センターでも紹介されているが、厚生労働省は国立障害者リハビリテーションセンター（所沢）に発達障害情報センターを設置した。ここでは、ホームページを立ち上げて、発達障害についてのさまざまな啓発・普及を行っている。専門家によるQ & A形式の応答も載せ、実用性を目指している。これ以外に地元の発達障害者を中心にモデル事業を行っている。文部科学省は国立特別支援教育総合研究所（久里浜）に発達障害教育情報センターを設置して、ホームページを立ち上げ、特別支援教育を中心に情報を提供している。

#### IV. 発達障害者支援法と課題

発達障害者支援法における発達障害の定義については、基本的にはICDに基づいている。したがってここでいう“障害”は疾患名に基づいており、Disorderを意味している。障害の辺縁はボーダレスであり、広汎性発達障害でいえば連続体（スペクトラム）である。経過によっては改善する可能性も、悪化する可能性もある可変的な可能性を持つ。したがって、その程度や経過に合わせた肌理の細かい支援が必要である。このことは、知的障害概念のように辺縁が鮮明であり、不変的なイメージのあるHandicapあるいはDisabilityによる“障害”概念とは異なっている。

医療の分野では、発達障害に特化してはいないが、子どもの心の診療医の養成に関する事業が行われている。短期間では効果ははっきりしないが、時間の経過につれて効果が見られると思われる



総数：558名

図2 長期在院知的障害者<sup>1)</sup>

在院期間：□ 2年～、□ 3年～、□ 5年～、□ 10年～

■ 20年～、■ 30年～、■ 40年～

る。養成されたとしても、受け皿となる専門性ある医療機関の増加も必要である。この分野については、小児科医と精神科医が中心となっている。精神症状や行動上の問題が激しくない場合は小児科で担当するが、激しい場合は児童青年精神科で対応することとなる。外来については、徐々に参入し始めているが、入院については民間の医療機関がほとんど参加していない。この背景には医療保険点数の低さから生じる採算の悪さがある。医療費改訂が行われ、加算が設置されているが、入院については“焼け石に水”状態である。現在、全国児童青年精神科医療施設協議会、日本児童青年精神医学会、日本精神神経学会などを通じて新たな包括的な入院管理料の設定をお願いしている。知的障害を伴う発達障害者の医療は、“動く重度心身障害者”病棟が用意されているものの、多くは入院期間が20～30年という状況で、医療施設本来の必要時短期入院が困難な状態にあり、今後の早急な対応が望まれる（図2参照）。発達障害に早期診断・早期治療が必要という点ではほぼコンセンサスが得られているが、方策については一定していない。ADHDについては、「7歳までには症状が見られる」ことになっており、従来の1.5, 3歳児健診での発見は難しいため、5歳児健診が提起され、いくつかの行政単位では実施さ

表2 福祉的支援

ICD-10 第5章 精神および行動の障害 (F0-F9)	法	法	法	手帳	手帳
F0: 症状性を含む器質性精神障害 F1: 精神作用物質による精神および行動の障害 F2: 統合失調症, 分裂病型障害および妄想性障害 F3: 気分障害 F4: 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害 F5: 生理的および身体的要因に関連した行動症候群 F6: 成人の人格および行動の障害	精神保健福祉法	知的障害者福祉法	発達障害者支援法	精神障害者保健福祉手帳	療育手帳
F7: 精神遅滞 (知的障害)					
F8: 心理的発達の障害					
F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害					

れている。一方で、「5歳で発見しても就学までの療育期間が不十分である」という考えもある。この考えに立てば、1.5, 3歳児健診の充実, 長期フォローの充実が必要になる。いずれにせよ, 保護者が望まない段階での医療機関受診は困難である。幼稚園・保育所年齢での“気付き”, “見立て”による, 専門員の巡回相談, 療育機関などの紹介が現実的ではないだろうか。

教育では, 特別支援教育が導入されているが, 地域や教育機関による取り組みの違いがあり, 一概に論じることは難しい。コーディネーターや専門家チームの導入もかなり進んでいるが, その中身の充実についてはこれからである。個別的教育支援計画が導入されているところでもその活用についてはさまざまである。特別支援教育の対象と考えられる者も, 特別支援教育を希望する者も増加している。東京のように通級を中心に展開しているところでは, 希望者が多く新たな通級学級を設置しても不足している。また専門性を有する教員の増加のために養成課程の改定を行っているが, 直接的効果はこれからである。重複障害の存在に基づいて作られた特別支援学校も, 名称も含めて都道府県で多少の違いがある。いくつかの障害に同時に対応できる利点がある反面, 専門性の担保が難しいという問題をはらんでいる。義務教育ではない, 高校や短大・大学では取り組みが始まった段階である。中学まであった特別支援学級はないため, ある程度の専門性を有する単位制高

校などが用意されている。短大・大学では, 学生保健センターなどが対応しているが十分とは言えない。義務教育以外への対応や, 対応が一定でない私立学校への積極的な特別支援教育導入を考える必要がある。

福祉では, 発達障害を伴わない広汎性発達障害を中心に, 精神障害者保健福祉手帳の取得に対して, 「自分の子どもは精神障害ではない」という声が聞かれる。福祉では療育手帳, 精神障害者保健福祉手帳と分かれているが, 医療では発達障害も精神疾患としてまとめて対象としており, どちらの手帳でも公的支援が受けられる。入院が必要な場合は精神保健福祉法の適用として, 対応している (表2参照)。

就労については, 特別支援学校を中心に, 在学中からの実習の充実などが図られている。しかしながら, 特別就労期間の限定などがあり, 一度つまずいた後の対応は十分とは言えない。障害者就労センターなどが, 発達障害の再就労事業にもあたっているが, 対象者数は限定されており不十分である。発達障害を受け容れる職場も, 発達障害の理解が不十分であり, ジョブコーチなどの必要性が指摘されている。

発達障害者支援センターは, 行政単位により公的機関が直接運営しているところから法人に委託しているところまで様々である。大都市を中心に来所者の増加に悩んでおり, 知的障害のある者からない者まで幅広い利用者に, 少数の職員は仕事

に追われ多忙である。専門的なアセスメントやモニタリングが求められており、特に医療機関の確保については苦勞している。

発達障害についての啓発・普及については、国都道府県市区町村、NPO法人、当事者団体など様々な段階で行われており、徐々に浸透している印象がある。一方で、発達障害の“過剰診断”も問題になっており、適正な知識の一層の普及が必要と思われる。

## V. おわりに

厚生労働省では、約20カ所の都道府県・政令指定都市を対象に、発達障害施策モデル事業を行っている。この中では、それぞれの行政単位で特定の発達障害施策を行っている。これらを通じて、発達障害者に適した支援体制や支援手法の確立に向けた取り組みが進められることが期待されている。

発達障害は発達期（18歳までに）に生じるものであり、一生涯にわたって問題を抱える場合もある。広汎性発達障害を例にとれば、「友達を作るのが苦手である」、「考え方に柔軟性を欠いている」、「コミュニケーションを持つことが難しい」、「興味に偏りがある」、「間隔の感受性が特別である」などの特徴を持つ。環境の変化への適応が苦手で、独特の思考や行動様式に合った対応が必要である。一生涯では、保護者、幼稚園・保育所、義務教育、大学・専門学校・福祉施設など様々な所です。これらの場所でまったく異なる対応をされると混乱してしまう。学齢期を例にとれば、一日のうちでも自宅、学校、放課後児童クラブなど様々な環境です。これらの環境で一貫

性ある対応ができれば落ち着いていられる。世代を超えた適切な支援の継続が可能になるためには、発達障害者・児についての情報が支援者に共有される必要がある。現実には、個人情報保護が優先されてしまい、うまくいかない場合もある。幼少時の母子手帳に当たるものが必要と考えられ、いくつかの試みが行われている。現在、35歳以上の発達障害者については、発達段階における支援が乏しかったため、家族も含めて社会生活に困難を抱えており、一番支援が必要と考えられている。現在支援を必要としている発達障害者の支援と、年少者への支援充実による将来的な社会不適応防止の両方が必要と考えられる。発達障害者支援については、人材育成、普及・啓発に加え、支援手法の開発、調査研究が必要と考えられる。発達障害児の支援については、①子どもの将来の自立に向けた発達支援、②子どものライフステージに応じた一貫した支援、③家族を含めたトータルな支援、④できるだけ子ども・家族にとって身近な地域における支援を視点として、児童福祉法に基づいた支援が検討されている。

「障害者自立支援法の中に、発達障害を明確に位置づける必要がある」と考えられ検討が進められていたが、国会での審理が未了となった。政権交代もあり、方向性については今後の課題となっている。

## 文 献

- 1) 市川宏伸, 山田佐登留, 藤田俊之ほか: 発達障害者の医療に関する研究. 厚生労働科学研究「発達障害(広汎性発達障害, ADHD, LD等)に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究」平成18年度研究報告書, p.95-100, 2007.

## ライフステージに応じた支援の意義と、それを阻むもの

神尾 陽子\*

抄録：広汎性発達障害（pervasive developmental disorders : PDD）を持つ人々への支援は、早期発見に始まり、個人差を考慮しながらライフステージによる支援ニーズの変化を見据えて、生活の質（quality of life : QOL）を含む長期予後を向上させることを最終目標としている。長期的観点から、早期診断と支援の継続、そして家族支援の意義をエビデンスに基づいて論じ、いくつかの取り組みを紹介した。PDD の状態像や発達経過の異種性に由来する多様な支援ニーズに対応するには、PDD 症状以外に不安や恐怖などの情動面、注意の切り替え、感覚過敏など幅広い観点からの診断評価が必要であることを強調した。最後に、ライフステージに応じた PDD 支援を、合併症など問題行動に焦点を当てた 3 次予防から、長期的見通しを持って多様な個人および環境要因についてより理解を深めていく必要があることを述べた。精神科治療学 24(10) : 1191-1195, 2009

Key words : *pervasive developmental disorders, early diagnosis, family support, quality of life, long-term outcome*

## I. PDD 支援はライフステージに応じて変わる

広汎性発達障害(pervasive developmental disorders : PDD)は、遺伝的要因の高い神経発達異常を基盤としているが、社会場面における状態像や支援ニーズは、遺伝的要因と環境要因の相互作用を受けて、ライフステージによっても、生活の環境によっても、また個人によっても幅がある<sup>2)</sup>。そういう意味で、PDD という診断から一義的に支援

の内容やその程度を処方することはできない。PDD のなかでも、知能水準が低く、男性であれば、自閉的行動特徴は顕著となり、逆に知能水準が高い高機能 PDD (high-functioning PDD : HFPDD) の場合、または(あるいは)女性症例の場合、自閉的行動特徴が目立たないという一般的傾向がある。支援という観点からは、自閉的行動特徴が弱いことは必ずしも支援ニーズが少ないことを意味しない。

PDD 支援がライフステージに応じて変わるといのは、単に状態像が年齢依存的に変わる結果、支援ニーズが変化するといった自然経過によるものだけではない。早期からの治療的介入によって望ましい発達経過をたどり PDD 症状の改善が生じるサブタイプ、PDD 症状から ADHD 症状やチック症状などに移行するサブタイプ、また思春期以降に不安やうつなどの精神症状、あるいは反社会的な暴力行為などが重畳するサブタイプが

Lifelong support for individuals with pervasive developmental disorders : Clinical significance and unresolved issues.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所  
〔〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1〕  
Yoko Kamio, M.D., Ph.D. : National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

知られ、ライフステージを通じた状態像の変化は一様でなく、個人間で大きな幅がある<sup>3)</sup>。こうした理由から、長い発達過程を通じてPDD症状が諸症状と複合化して様々な状態像と支援ニーズを呈するPDD者に対する支援では、それぞれのライフステージ毎のニーズを見直して、最も優先されるべき支援を中心とした計画に柔軟に変更する必要が生じる。

症状レベルでは、ライフステージによって変化が生じうる反面、その背景には、ライフステージを通して持続する認知特性の存在が想定されている。PDD特異的と言える対人コミュニケーション領域のみならず、必ずしもPDD特異的とは言えない注意機能や遂行機能の領域と関連する認知機能不全もしばしば持続的に認められる<sup>9)</sup>。高次機能障害が前景にあるPDDにおいても、感覚過敏や不器用といった感覚・運動の領域における問題や、情動調整の問題などしばしば伴い、これらが重なり合って複雑な状態像を形成すると、支援ニーズは大きく変わる。長い発達過程の間には、これらの認知的、生理的特性は各個人の行動様式を修飾し、パーソナリティとして渾然一体となっているように見える症例も少なくない。

こうした事情を踏まえて、PDDの人々への支援はライフステージの早い時期から始め、各ライフステージに応じて柔軟に修正を加えながら、すべてのライフステージを通じて一貫性を持って行う、という姿勢が必要と考えられている。ただ、そのような臨床的経験から導き出された姿勢や方針を実証的に支持するエビデンスは乏しく、実証することは方法論的にも容易ではない。そこで、私たち臨床研究に携わる児童精神科医、臨床心理士、研究者など多職種による共同研究として、平成19年度から厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）の助成を得て、「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」に取り組んできた<sup>3,4)</sup>。本プロジェクトでは、限られた時間内で上記の問題にエビデンスを提供することを目的として、後ろ向き質問紙を用いた全国調査と、分担研究者の独自の臨床フィールドにおける後ろ向き研究、または前向き介入研究と、可能な範囲の様々なアプローチを用い

て、就学前幼児から、学童、青年、そして成人、さらに周産期の母親と、ライフステージをほぼカバーする年齢帯の人々を対象として研究を進めてきた結果、有意義な成果が蓄積してきた。本特集では、各分担研究成果の概要が別稿で報告されているので、詳細はそれらを参照されたい（本特集の市川、小山、本田、安達、近藤、笠原、宇野の各稿参照）。本稿では、それらを俯瞰した時に見えてくる、各研究が一致して指し示す方向性と今後の課題について、簡潔に報告することとする。

## II. PDDの早期診断の意義と、それを阻むもの

本研究プロジェクトにおいて、各分担研究が共通して示していることの一つは、早期診断がなされることのメリットと、なされないことのデメリット、である。

1歳から2歳代にPDDの診断を行うには、行動特徴が最も顕著な3歳過ぎの幼児の行動をベースに作成された、現行のPDDの診断基準には含まれていない年少幼児の行動特徴を加味して、診断評価を行う必要がある。乳幼児期のPDD徴候については、最近の精力的な研究から共同注意行動などの通常なら芽生えているはずの対人的発達が見られないといった知見が繰り返し確認されており、専門家のコンセンサスとして、2歳での早期診断は臨床的に妥当とされ、米国では小児科学会が推奨している<sup>1)</sup>。早期診断は年長児での確定診断よりも精度の点はやや落ちるが、それでもメリットが大きいと考えられているのは、それに続く支援の指針として個々のニーズを把握しうる的確な行動評価が必須であるためである。診断が遅れば支援の開始は遅れ、子どものニーズが把握されなければ、子どもの問題はこだわりやかんしゃくなどの2次障害に発展するかもしれない。一方、養育者は子どもへの対応に迷いつつ悩む日々をすごし、育児ストレスが蓄積され、不適切な養育パターンに発展する懸念もある。こうした理由により、確定診断に十分なほど行動特徴が周囲に明らかとなるまで経過観察のまま待つことのデメリットは無視できない<sup>1)</sup>、と考えられているのである（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/>



s0903-7h.pdf)。

早期診断の意義に関して、幼児期の支援ニーズを早く汲み取るだけでなく、成人後の社会参加に影響するという長期的効果も示唆されている。小山ら(本特集別稿参照)は、全国の保健・福祉施設を利用中のPDD成人を対象とした予後調査<sup>3,4)</sup>において、「どの程度うまく社会に参加して暮らしているか」という価値観や満足度などの主観的側面を反映した社会参加の指標について、早期診断の有無との関連を調べた結果、就学時に文章を話したPDD成人(HFPDD成人と考えてよい)のうち、早期診断を受けた人々は、受けなかった人々に比べて、成人期での社会参加が良好と自己評価(自己回答が困難な場合は保護者が代理回答)されたことを見出した。加えて、言語発達の程度と無関係に、早期からすべてのライフステージを通じて支援を継続していたPDD成人では、いずれかのライフステージでの支援が途切れたか、あるいはまったく支援を受けたことがなかったPDD成人よりも、社会参加について高く評価されていた。この結果は、早期診断と早期支援が表裏一体でPDD者、とりわけHFPDD者の長期予後の社会参加という側面で貢献しうる可能性を示唆している。

発達に遅れがないHFPDD児の早期診断では、年齢(月齢)相応の対人行動が観察されるかどうかのポイントとなる<sup>1)</sup>。発達の遅れがある幼児と比べて格段に専門的な知識と経験を要し、とりわけ後にPDD-NOSと診断されるような自閉症スペクトラムの閾値周辺に位置する群では今日の技術でもなお難易度が高い。そのような目立たない程度のPDD特徴を有する幼児は、早期支援を必要としていないのだろうか。問題が顕在化するまで待つべきなのだろうか。それとも、なんらかの特徴を持つサブタイプの子どもたちは、将来社会適応に困難を抱える成人になるのだろうか。そうだとすれば、どのような点に注目して早期診断に臨めばよいのだろうか。

こうした問いへのヒントが、近藤ら(本特集別稿参照)の成果<sup>3,4)</sup>から示唆される。社会不適応を主訴とするHFPDD青年・成人のうち、ひきこもりPDD者の幼児期の特徴として、PDDの対人・

コミュニケーション・反復常同パターンの三徴候はきわめて軽微であった。その一方で、不安や恐怖症状、偏食傾向などが顕著であった。社会不参加の極端な行動様式がひきこもりと言えるので、幼児期にPDD診断を受けていないHFPDD者は成人期の社会参加が良くないという小山らの結果と矛盾しない。さらに、臨床的示唆として、ひきこもりに至るハイリスクケースを幼児期に発見して予防的に支援に結びつけるためには、PDD症状だけに注目するのでは不十分で、不安や恐怖、偏食なども含む全般的な評価の重要性を示している。別の角度から解釈すると、不安や恐怖の強いPDD幼児は、一定水準以上の学習能力を有する場合、不安や恐怖の対象や場面全体から回避する行動パターンを獲得してしまい、やがては社会活動全般から回避するようになるということかもしれない。実際に、PDDが疑われる2歳児の評価場面で、泣き通して母親のそばから離れず、検査ができない幼児と出会うことがしばしばある。一般的には、不安が高く、愛着不全の問題として母親への育児指導に移行しがちであるが、何度か通ってもらううちに場面に慣れ遊べるようになった幼児からは、不安や恐怖の対象が独特であること、感覚面と関連した不安であることなど、PDD特徴を垣間見ることすら少なくない。

市川や宇野ら(本特集別稿参照)は、幼児期のPDD特徴以外のハイリスク要因として幼児の特徴を幅広く捉える気質(Rothbartらの定義<sup>7)</sup>では「反応性と自己制御における体質的な個人差」に注目して、HFPDD児の気質と親の受診行動との関連を検討した<sup>3,4)</sup>。その結果、Early Childhood Behavior Questionnaire(ECBQ)日本語版<sup>8)</sup>で「注意制御が悪い」児は初診時年齢が早い傾向があり、就学前後で専門医を受診していた。ECBQの注意制御に含まれる行動は、注意の切り替えや情動調整、知覚、不安など、PDDに特異的ではない一般的な領域に関連しているものが多い。すなわち、この結果からも、受診に繋がる生活上の困難は単にPDD症状の重症度で決定されるのではなく、子どもの気質特徴も重要な影響要因である可能性を示唆している。

以上の結果はいずれも一致して、長期的観点か

ら、早期診断とそれに続く継続的な支援の重要性を指摘している。早期診断に際しては、PDD症状の有無や重症度判断だけではなく、発達の観点と精神機能全般についての視野に立った評価が重要であることを示唆し、これまでの一元的な診断評価のあり方に警鐘を鳴らすものと解釈できる。

### Ⅲ. 家族支援の観点からの早期支援

#### —いくつかの提案—

PDD者の社会適応の成否に影響する要因として、本研究プロジェクトの異なるフィールドからのエビデンスが一致して指摘する二点目に、家族からのサポートがある。成人期の社会参加の観点から小山ら（本特集別稿参照）は父親のサポートを、学童期の社会適応の観点から安達ら（本特集別稿参照）は安定した家族関係を、指摘している。ライフステージを通して、家族の理解に包まれ、暖かなサポートを受けて成長することは、PDD者の不利な部分の克服と、得意な分野への興味とその分野の能力向上にはもちろん、そうした能力を社会生活に反映させるうえで重要な心の支えとなるということが推測される。児への支援の成功には家族からのサポートが重要な役割を果たすという点においても、家族に対する支援はまた重要である。PDD児への早期支援の導入に際しても、その時期の親のニーズに応じた家族支援が並行して提供されるべきである。この時期は、わが子の発達についての気づきと不安、日常生活の中で生じる対応困難な問題など、親の気持ちは揺れており、相談したいが診断されるのが怖い、という気持ちから結果的に受診行動が遅れ、支援の開始が遅れるといったこともしばしば生じる。このような家族への対応として、医療側は不用意な診断名告知で終わらないよう、子どもの状態像を的確に伝える用意を持たなくてはならない。さらに日常生活の中で生じている問題の整理や、その時点で取り組むことができる具体的な対処方法の提示などに焦点を当てた継続的な支援につなぐ流れを確立していることが望ましい。平成20年にまとめられた発達障害施策の推進に係る検討会報告書(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/>

s0903-7h.pdf)には、家族が発達障害という事実に取り組む準備ができていない場合には、不用意な診断を行う前に、支援をすみやかに開始できるように「診断前支援」の取り組みが課題として挙げられている。

本研究プロジェクトにおいても、臨床的な創意に満ちた親支援の工夫の実践と提案がいくつかなされている。一つ目は、障害についてだけでなく、長所も含めた児への気づきと理解を深め、育児の中での問題に対応する手がかりを見つけるための工夫である。安達らは、親が自ら記入し活用できることを目的とした個別支援シートについて、紹介している（本特集別稿参照）<sup>3,4)</sup>。二つ目は、児の療育参加と前後して、親の心理教育的効果と心理的サポートを目的とした集団活動の試みの提案である。本田は、地域拠点での臨床活動から、専門家以外の他の親から学び、支えられる「居場所」の提供の意義を主張している（本特集別稿参照）<sup>3,4)</sup>。三つ目は、笠原ら（本特集別稿参照）による発達障害圏にあるハイリスクの母親への育児支援の試みである<sup>3,4)</sup>。育児支援は親の個人差を踏まえて計画されなくてはならないが、PDDなど発達障害の認知特性を有する親が必要とする育児支援のあり方については未確立である。笠原らの多職種チームは、妊婦スクリーニングで発達障害特徴を有する母親を同定し、周産期を通じて育児スキルの指導を継続しており、PDD圏の母親への育児支援のあり方を提案している<sup>3,4)</sup>。PDD圏の女性が家庭を持ち、子をもうけ、育児を行い、自身の生活を満足いくものとする事への支援は、まさに遺伝-環境相互作用を捉える世代を超えた新しい発達支援である。

以上の各分担研究は、PDD支援を当事者に向けるだけではなく、同時に家族に向けた支援を提供することの根拠となるとともに、先進的な、そしてわが国で普及する可能性の高い取り組み例を紹介している。

### Ⅳ. 今後の課題

PDD支援に関する今後の課題には、社会全般の啓発、専門家の人材育成、支援体制の整備、診

療報酬の問題など数多くあるが、残された紙面では長期的視点からライフステージに応じたPDD支援のあり方に関して、未検討の問題点について述べる。

ライフステージに応じたPDD支援が最終的に目標とする到達点は、PDDの人々が身体的、精神的、社会的に満足いく状態で安定して日常生活や社会生活を営む、つまり生活の質（quality of life: QOL）を向上させることにある、と考えられる。それぞれのライフステージにおける個々のニーズに応じた様々な取り組みも、すべて最終的にはQOLの向上に繋がるべきであろう。そうであってほしいと願って日々の支援がなされてはいるものの、長期的に見た場合、それらの個々の取り組みがその個人にとってどの程度QOLの向上に影響しうるのかについて、現在のところ、判断の根拠となるデータはない。本研究プロジェクトで実施した、PDD成人を対象とした全国調査からわかったことは、①PDD成人の心理的および社会的QOLは日本人標準と比べて有意に低い、②早期診断を受けていること、親のサポートを感じられていることは高いQOLと関連する、③女性であること、知的障害がないこと、合併精神障害があることは低いQOLと関連する、などである<sup>5)</sup>。この結果の臨床的示唆は、PDD症状の重症度と関連する普遍的な要因である男性という性、そしてIQが低いという知能水準の二つの要因が、QOLに関して、PDD症状とは逆の方向で影響していた、という事実である。すなわち、PDD症状の重症度と将来のQOLとは単純に連動しないことを意味している。

発達障害におけるQOLや長期予後とは何かという問題については、評価方法も含めて未確立である。概観してきたように、PDD固有の症状以外に、個体要因としての気質や性格特徴、合併する精神症状など、環境要因では家族関係や専門的支援の質が重要であることが確認された。次は、それらがどのように影響するのかについて、詳細な検討が必要である。発達障害においては、診断名が同一であっても、また症状重症度が同程度であっても、上記の様々な要因によって発達経過や長期予後は大きく異なる<sup>2)</sup>。ネガティブな経験へ

の反応性（レジリエンス）にも個人差が注目されている<sup>8)</sup>。今後、こうした個人差を生む数多くの要因について、臨床データが蓄積され、そのメカニズムが少しずつ明らかになっていけば、長期的な見通しを持った二次予防を早期に始めることの意義がもっと明確になり、多様な支援の選択肢が提供できるようになるであろう。

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）課題番号H19-障害-一般-008（研究代表者 神尾陽子）の助成を受けて行われた。

## 文 献

- 1) Barton, M., Chlebowski, C. and Fein, D.: Screening for autism spectrum disorders in young children: A review. 精神保健研究, 21; 7-28, 2008.
- 2) Kamio, Y., Tobimatsu, S. and Fukui, H.: Developmental disorders. In: (eds.), Decety, J. and Cacioppo, J. The Handbook of Social Neuroscience. Oxford University Press, Oxford, 2009 (in press).
- 3) 神尾陽子(主任研究者): ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究: 支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成. 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)平成19年度総括・分担研究報告書, 2008.
- 4) 神尾陽子(主任研究者): ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究: 支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成. 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)平成20年度総括・分担研究報告書, 2009.
- 5) 神尾陽子, 稲田尚子, 小山智典: 高機能広汎性発達障害成人のQOL: ライフステージを通じた関連要因. 第50回日本児童青年精神医学会抄録集, p.245, 2009.
- 6) 中川敦子: 気質と育児行動の望ましい相互作用を科学知として提供するための基礎的研究. 平成18年度児童関連サービス調査研究等事業報告書, 財団法人こども未来財団, 2007.
- 7) Rothbart, M.K. and Derryberry, D.: Development of individual differences in temperament. In: (eds.), Lamb, M.E. and Brown, A.L. Advances in Developmental Psychology, Vol. I, Erlbaum, Mahwah, NJ, p.37-86, 1981.
- 8) Rutter, M.: Resilience, competence, and coping. Child Abuse Neglect, 31; 205-209, 2007.

## ■教育講演 3

## 発達障害の診断の意義とその問題点\*

神尾陽子\*\*

Clinical Significance of Diagnosis and Related Issues:  
The Case of Autism Spectrum Disorders\*

Yoko KAMIO\*\*

ASD やその他の発達障害は多様な臨床像を包含する症候群であり、発達過程でみられる発達的变化も大きい。発達障害における診断の意義は、このような発達的变化と同時に個人差も考慮した、個別のニーズを把握し、支援に役立てることにある。近年定着した自閉症スペクトラムという概念の歴史と意義を簡潔に述べ、早期診断の意義と、既存の乳幼児健診システムと平行してM-CHATを用いて実施したASDのスクリーニングの実際を紹介した。幼児期早期に的確な診断を行うことは、発達障害を有する子どもとその家族が早期からさまざまな支援を受けやすい道を拓く始まりであり、多職種の専門職と家族とのチームが不可欠である。

**Key Words:** 自閉症スペクトラム障害, 診断分類, 早期診断, M-CHAT  
autism spectrum disorders, nosology, early diagnosis, M-CHAT

## 1. はじめに

発達障害の診断をめぐる問題は、常に新しい。これまでに蓄積された研究知見は、これまでの発達障害についての診断のあり方を再考することを迫っている。本稿は診断の意義と同時に問題点について、自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders: ASD) を取り上げて論じる。まず、この約20年間で定着した自閉症スペクトラムという概念について概説する。スペクトラム概念は、発達障害の診断のみならず、支援も含めた臨床および研究の方向性に、従来の診断に基づくものとは全く異なる新しい視点をもたらした。次に、最

近進んだ早期診断について述べる。2歳前後でASD早期兆候を的確に把握し診断を行うことが支援の早期開始に繋がるという点で、臨床上重要であり、3歳を過ぎないと確定診断ができないし、またしてはいけないというこれまでの固定観念を塗り変えた。

## 2. 自閉症スペクトラムという概念

今日、スペクトラムという概念は、発達障害に限らず、統合失調症や強迫性障害などのほかの精神疾患においても臨床単位を捉える際によく用いられている。精神疾患や発達障害における臨床単位の成り立ちは、病因が特定されている身体疾患とは異なり、行動に注目して分類されているため、臨床単位をどのように決めるかは、診断そして治療方針に重要な根拠となるだけでなく、まだ明らかにされていない病因を解明していく研究の方向づけに対しても影響を及ぼす。

現行の標準的診断体系は、アメリカ精神医学協会が作成したDSM-IV-TR、WHOが作成したICD-10に拠っており、約20年前に新しく作られた広汎性発達障害

\* 本稿は、第35回日本コミュニケーション障害学会学術講演会(2009年5月31日、長岡)における教育講演3の要録である。テープ起こし原稿をまとめ神尾氏に校閲していただいた。

\*\* 国立精神・神経センター精神保健研究所(〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1)、National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo, 187-8502, Japan)

(Pervasive Developmental Disorders: PDD) というカテゴリーが用いられている。カテゴリーは階層的に構成され、PDDカテゴリーの下には自閉症、アスペルガー症候群、それらのいずれにも該当しない Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS: 特定不能の広汎性発達障害) などの下位カテゴリーが含まれる。これに対して、自閉症スペクトラムという概念は、1981年にイギリスの精神科医 Lorna Wing が最初に提唱して以来、今日では PDD 分類に批判的な臨床家のみならず研究者によっても一般的に用いられるようになってきた。彼女は、流暢な話しことばの一方で、非言語的なコミュニケーションと対人的相互交流の障害を有し、活動や関心などが限局されており、不器用な青年や成人を診て、小児自閉症の症状と極めて似ていることに気づいた。彼らをアスペルガー症候群と命名し、小児自閉症と連続する状態像と考えた(神尾, 2008)。さらにロンドン南部の調査で知的な遅れのある子どもの中に自閉症にもアスペルガー症候群にも該当しないけれども、自閉症症状を呈する子どもが多数存在することを見いだした。つまりスペクトラム上には、自閉症やアスペルガー症候群の典型ケースのほかに、それらの中間型の人々が多数存在するという視点を導入したのである(神尾, 2009)。

スペクトラム概念を導入することの最大のメリットは、従来の診断分類では PDD-NOS や診断閾下ケースとなるより軽度の症状を有する人々のニーズに敏感になること、であろう。ASD 全体の中では彼らは軽症で、多くは高機能である。重度知的障害のある人々と比べると学習能力は高く、身辺自立は問題なく、試験に強い人たちは高学歴である。しかしそのことと社会適応がよいということは別物である。仕事が不安定で、親しい同僚や友人もなく、結婚などパートナーと安定した対人関係を築くことに大きな困難を抱えている。思春期以降に不安障害やうつ病などを併発し、精神科を受診する率も高い。このような適応の難しい人々に対して、支援ニーズに敏感になることは、予防の観点からも有用な概念である(神尾, 2008)。

### 2.1 個人レベルでみられるなめらかな連続性

発達障害は、症状に多少の変化はあっても生涯を通じて治ることはない、すなわち診断は安定している、というのがこれまでの理解の前提であった。近年になってその例外が稀ではないことが次第にわかってきた。たとえば、年齢とともに ASD 症状の改善がみられ、診断基準の症状の数や程度に満たなくなった結果、ASD 診断からはずれるケースが注目されている(Sutera,

Pandey, Esser, et al., 2007)。また ASD 症状の消退と入れ替わりに ADHD やチックなど他の発達障害の症状が前景に現れ、診断変更を余議なくされるケースの存在から、発達障害診断の安定性には疑問も指摘されている(Kamio, Tobimatsu, Fukui, in press)。この場合、ある診断から外れたということは通常の意味での治癒を意味するのではなく、操作的に決められている診断基準を下回ったということの意味する。並行して適応が改善するケースもあれば、適応上の困難と診断変更とにギャップがあるケースもある。後者の場合、診断に該当しないということは、支援が必要なくなったことを意味するものではない。つまり、診断の有無にかかわらず、支援の継続の必要性を見逃さないような的確なアセスメントが重要となってくる。

### 2.2 集団レベルでみられるなめらかな連続性

集団レベルでみると、ASD の人々とそうでない人々との間に明瞭な境界線は存在しない。ASD 行動特徴は、一般母集団の中でなめらかに連続的に分布する。ASD 行動特徴がほとんどない人々から、中程度に有する人々はその人数が多く、やがてさらにより特徴の強い人々に向かってなめらかに人数が減っていく。このような ASD 行動特徴の連続性は児童の大規模調査でもわかってきた(Constantino and Todd, 2003)。このことは、典型的な ASD ではないが ASD 行動特徴を一定程度有する児童が多数存在することを意味している。このことは、児童集団を対象とする特別支援教育は、診断のはっきりした児童にだけ向けるのではなく、診断閾下にあるが支援ニーズを有する児童も含めて計画されるべきであり、そしてそのような児童のニーズを的確に把握することの重要性を示している。

## 3. ASD の早期診断

ASD の早期発見は、諸外国のみならずわが国でも発達障害者支援法に謳われ、早期にさまざまな適応上のニーズをもちながら診断されずに見逃されている子どもたちを少なくすることは、世界共通の重要な課題となっている(神尾, 小山, 印刷中)。

### 3.1 乳児期の ASD 児

一般的には1歳を過ぎてから次第に診断的特徴がみられるようになる。振り返り調査では、視線が合わない、人の顔・声・抱っこに興味を示さない、模倣をしない、おとなしい、人見知りが弱い、指差しが少ない、赤ちゃんことばが少ない、始歩の遅れなどが指摘されているが、必ずしもすべての ASD 児に当てはまらない。どの特徴もすぐにそれとわかるような異常行動ではなく、

どちらかという平均より低頻度でしかみられないといった程度の違いにすぎない点が、判断を難しくさせている。

### 3.2 気づきから早期診断へ

このように乳幼児期では、対人コミュニケーションのほかにも、こだわり、かんしゃく、落ち着きのなさ、睡眠や感覚、摂食の異常などの一般的な行動の問題も含めて、育児の困難さを中心に丁寧に聞きながら問題を絞り込んでいく構えが大切である。親が育児に問題を感じていない場合には、相談や受診が遅れ、その結果診断や療育など支援が遅れることになる。乳幼児健診はASDが疑われたケースをすみやかに支援につなげるための貴重な機会であり、家族の気持ちに丁寧に配慮しながらもこのようなタイムラグを短縮する工夫が必要である。この時期の親の気持ちは、わが子の発達についての気づきと不安、日常生活の中で生じる対応困難な問題などで揺れており、相談したいが診断されるのが怖い、という気持ちから結果的に受診行動が遅れる。そのことを考慮して、専門家は不用意な診断名告知で終わらないよう、親が子どもの発達の様子を理解して育児に活かせるような具体的な助言と継続的なフォローに繋げる用意が必要である。2008年の発達障害支援の推進に係る検討会報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7h.pdf>) には、家族が発達障害という事実に取り組む準備ができていない場合には、不用意な診断を行う前に、支援をすみやかに開始できるように「診断前支援」の取り組みが課題として挙げられている。「診断前支援」とは、診断が確定しなくては支援を始められないのではなく、診断が疑われた時点で、アセスメントに基づく支援を始めながら子どもと家族を見守る、ということである。

### 3.3 ASDのスクリーニング尺度

レベル1のスクリーニングとは、一般の子どもたちを対象にして該当する子どもを一定以上の精度をもって抽出することである。最初のレベル1スクリーニング尺度は、Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)で、特異度が高い反面、感度が低いのが特徴である。つまり、CHATで陽性ケースはほぼ間違いなく自閉症であるが、陰性ケースの中に後に自閉症と診断されるケースが少なくない。そこで、感度を上げるよう作成されたのが、Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)である (Robins, Fein, Barton, et al., 2001)。M-CHATは23項目から成る親記入式の質問紙で、現在、日本語訳を含め、世界中で使用されている。

M-CHAT項目のうち16項目は、共同注意、模倣、対

人的関心など、平均的な幼児なら1歳6カ月までに通過する社会的行動指標に関係している。ASDのスクリーニングは、これらの社会的行動が1歳6カ月から2歳までに現れるかどうか注目する。これらの行動すべてに通過していれば定型的な社会的発達を順調にたどっているといえるが、そうでない場合は、必ずしもASDとは限らないもののフォローの必要性を警告している。M-CHATは、定型的社会的発達かどうかをチェックするためのツールともいえる。

表1に示すように、M-CHATに含まれる16項目は、平均的な通過時期によって、8カ月以前、10～12カ月、14カ月以降、の3群に分けられる (稲田, 神尾, 小山, 2008)。たとえば、ASDの早期兆候の一つとして重要な共同注意行動は、平均的な幼児では1歳前後で通過することから、その欠如がはっきりするのは1歳過ぎとなることがわかる。表1は、8～20カ月の一般的な幼児を対象に母親に記入してもらった結果をまとめたものであるが、1歳6カ月を過ぎた子どもの大多数がこれらの項目すべてに通過している。これより、M-CHATを1歳6カ月健診で用いることは発達の妥当といえよう。

### 3.4 ASD早期発見・早期支援の実践

著者らは地方自治体の発達相談事業の一環として、1歳6カ月健診の受診児全員に日本語版M-CHAT (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/mchat.pdf>) を用いたスクリーニングを実施し、早期発見から早期支援のシステムを導入しその成果を調査した。詳細は別誌に報告した (稲田, 神尾, 2008, 2009; 神尾, 稲田, 2006)。本稿では、その方法と結果、そして施行時の留意点などについて述べる。

1歳6カ月健診に参加し保護者が研究参加に同意した一般幼児 ( $n = 2113$ ) を対象として、M-CHATを用いた第1段階スクリーニングを、続いて電話面接による第2段階スクリーニングを経て、2歳時に家族面接と子どもの行動観察に基づく診断評価を行った。米国原版のM-CHATの対象は主に24カ月児だったのに対して、本邦での対象は1歳6カ月児だったため、カットオフの際の基準を若干変更している。2段階のスクリーニングで陽性かつ2歳時診断がASDだった23名中、フォローできた16名中15名は3歳時診断もASDであった。偽陽性だった6名には、対人・言語の発達の遅れや多動、こだわりなどのため育児困難感が強く、フォローが必要なケースであった。偽陰性だった5名は発達水準が正常範囲の高機能児だった。2歳時の診断内訳は、自閉性障害10名とPDD-NOS13名で、23名中11名 (47.8

表1 社会的行動と遊びの月齢区分ごとの通過率 (%)

項目	月齢区分(男:女)		9 m	10 m	11 m	12 m	13 m	14 m	15 m	16 m	17 m	18 m	19 m	20 m
	項目内容		(12:11)	(14:4)	(15:22)	(9:20)	(18:15)	(13:9)	(11:7)	(16:11)	(11:8)	(10:4)	(9:8)	(13:7)
第1群 8カ月 以前	1	身体を揺らすと喜ぶ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	他児への関心	87	100	97.3	100	97	100	94.4	92.6	100	100	100	100
	4	イナイイナイハイハイ喜ぶ	87	96.4	94.6	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	10	合視	95.7	89.3	100	96.6	90.9	87.5	94.4	81.5	100	85.7	100	100
第2群 10-12カ月	12	微笑み返し	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	14	呼名反応	91.3	96.4	100	96.6	97	100	100	96.3	100	100	100	100
	5	みたて遊び	13	35.7	48.6	79.3	69.7	84.4	94.4	88.9	100	100	94.1	95
	6	要求の指さし	13	28.6	43.2	75.9	87.9	87.5	100	92.6	100	100	100	100
	7	興味の指さし	9.5	35.7	51.4	79.3	75.8	87.5	100	88.9	100	100	94.1	100
	13	模倣	28.6	71.4	81.1	82.8	81.8	87.5	88.9	77.8	94.7	92.9	100	100
	15	指さし追従	52.2	46.4	67.6	86.2	78.8	90.6	88.9	96.3	100	100	100	100
第3群 14カ月 以降	19	親の注意喚起	56.5	64.3	75.7	86.2	72.7	78.1	83.3	81.5	100	100	94.1	95
	8	機能的遊び	8.7	14.3	27	41.4	21.2	40.6	72.2	66.7	78.9	92.9	100	95
	9	興味あるものを見せに持ってくる	4.8	7.1	29.7	44.8	48.5	62.5	83.3	81.5	89.5	92.9	82.4	95
	17	視線追従	52.2	53.6	48.6	69	66.7	62.5	83.3	70.4	94.7	85.7	76.5	95
	23	社会的参照	56.5	53.6	70.3	65.5	66.7	68.8	83.3	63	78.9	78.6	70.6	75

稲田ほか(2008)から引用。

%)は正常範囲の発達水準にあった、したがって、これまで早期発見が困難とされてきた高機能群を比較的鋭敏に把握できたといえる。

M-CHATの結果にかかわらず、3歳までのフォロー中にASDの診断を受けた40名は、男女比が3:1、発達の遅れは半数にあり、残りの半数は正常範囲内の発達水準と、ASD人口を代表する分布特徴を示した。1歳6カ月でのM-CHAT陽性率は80%、電話も含めて2回とも陽性だった割合は60%であった。3歳時にASD診断を受けたケースのうち、1歳6カ月時M-CHAT陽性・陰性で、3歳時臨床データを比較したところ統計的に有意差はなかった。親記入のM-CHATの限界を補完するために、今後、健診スタッフによる観察結果も合わせて陽性・陰性の判断を行うことが、潜在ケースの発見に有用と思われる。

早期発見・早期支援効果は現段階では不明であるが、追跡可能だったASD早期診断から支援に繋がった16名(早期診断群)と、スクリーニング陽性が判明したが3歳までなんの支援も受けなかった10名(3歳診断群)とでその臨床症状を比較した(小山, 稲田, 神尾, 2009)。2群の性比や月齢はほぼ同等で、1歳6カ月時のM-CHAT各項目の通過率では差がなかった。3歳時で比べると、発達水準には群間差はなかったが、行動面で違いが認められた。早期診断群は、場面の変化への切り替えやこだわりと関係するCARSの『変化への適応』得点が3歳診断群と比べて低い、すなわち変化への適応がより良好であった。このことは、早期からの支援が子どもの遊びなどの生活経験を広げ、環境の変化への耐性を高めた結果と解釈されるかもしれない。また親の報告に基づく評価では、早期診断群がより笑いかけると微笑みを返すとみなされていた。この結果は、回答者である母親の主観が反映されている可能性があるが、早期から支援を受けていたケースは人に向けてポジティブな感情を表出しながら対人的応答をしていることを意味している。

### 3.5 家族へのフィードバックの際の留意点

早期診断は支援につなぐためのプロセスであるので、家族へのフィードバックの目的は、アセスメントによって得られた子どもの発達情報を共有し、日常生活で最大限に活かしてもらうことにある。わが子についてより理解するための手助けとなるように、対人コミュニケーションの発達を中心に、子どもの強みや多面的な発達の状況をバランスよくわかりやすく伝えることが肝要である。その際には、一方的な診断告知とならないように、発達の個人差を強調し、行動観察に基づ

く説明とともに、日常の育児や遊びの工夫に繋がる具体的な助言を行う。また発達とともに変化することを伝えて、発達に応じた適切なかかわりのためには定期的なアセスメントが役立つことも説明しておく。

前述したように、ASDによくみられる対人コミュニケーションの特徴は、一般母集団においても連続的に分布する。それは親についてもいえることで、気づきが弱い親の一部に軽微なコミュニケーションの困難を有する人たちがいる。家族とのコミュニケーションを円滑にするためにも、家族のコミュニケーションスタイルに応じた工夫が必要であり、そのために家族歴の情報も有用である。ケースによっては、遠慮がちで婉曲的な言い方よりもシンプルで客観的な表現のほうが好まれる場合もある。親の対人コミュニケーションの問題は日常生活ではわかりにくい場合でも、育児に際しては困難が露呈しやすく、ていねいな育児支援が欠かせない。

## 4. おわりに

ASDやその他の発達障害では、幼児期から始まる長い発達過程において症状は持続するけれどもその発達の变化も大きい。ライフステージに応じた支援を提供するためには、発達の变化を的確に捉えてその時のニーズを把握する必要がある。発達障害には、ある症候群に典型的な特徴が目立つケースだけでなく、典型ケースと正常との中間に位置づけられるような臨床閾下ケース、またASDとADHD、あるいはASDとADHDと発達性協調運動障害などのように重複診断を有し、典型的な特徴が見えにくいケースなど、きわめて多様な臨床像を呈する状態が含まれている。そうした個人差の大きい臨床像に応じた支援ニーズを的確に捉えることもまた必要となる。発達障害における診断の意義は、このように発達過程に応じて変化し、かつ一人ひとり異なるニーズを把握することにあるといえる。発達障害のある人々の社会適応を将来にわたって高めるためには、診断名から得られる情報だけでは十分とはいええず、ほかの障害の合併や気質、家族歴、環境などさまざまな角度から評価することが重要である。長期的な観点からは、どのように診断評価が発達経過や支援に応じて変化してきたかということも、予測の根拠となるであろう。

本稿では、早期診断をすすめるために既存の乳幼児健診システムと平行して実施可能なASDのスクリーニングの実際を紹介した。これまで見逃されてきた乳幼児の社会的発達を捉えるために、M-CHATのような



ツールを用いると、ASD児のみならずほかの発達の問題を有する子どもたちのニーズに気づくのに役立つ。早い時期にニーズに気づき、的確な診断を行うことは、発達障害を有する子どもとその家族が必要な時に支援を受けやすい道を拓く契機となり、支援を具体化するためには、それぞれのニーズに応じた心理士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、保育士などの専門職、そして家族や医療の連携と役割分担が一層進められていかななくてはならない。

## 文 献

- Constantino, J. N. and Todd, R. D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 524-530.
- 稲田尚子, 神尾陽子. (2008). 自閉症スペクトラム障害の早期診断への M-CHAT の活用. 小児科臨床, 特集「最近注目されている発達障害」. 61, 2435-2439.
- 稲田尚子, 神尾陽子, 小山智典. (2008). 8 ヶ月齢から 20 ヶ月齢の乳幼児の社会的行動獲得の時系列. 第 49 回日本児童青年精神医学会抄録集. p.253.
- 稲田尚子, 神尾陽子 (2009): 幼児期早期のアスペルガー症候群: ASD 児に対する早期からのアセスメントと支援. アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助. 別冊発達 30. 榊原洋一 (編). ミネルヴァ書房, p.113-122.
- 神尾陽子, 稲田尚子. (2006). 1 歳 6 ヶ月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究. *精神医学*. 48, 981-990.
- 神尾陽子. (2008). アスペルガー症候群の概念: 統合失調症スペクトラム障害との関連における概念の変遷と動向. *精神科治療学*. 23, 127-133.
- 神尾陽子. (2009). 自閉症概念の変遷と今日の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, 学会発足 50 周年記念特集号. 50, 124-129.
- Kamio, Y., Tobimatsu, S., Fukui, H. Developmental disorders. *The Handbook of Social Neuroscience*. Decety, J. and Cacioppo J. (eds.), Oxford University Press, (in press).
- 神尾陽子, 小山智典. 早期発見. 自閉症. 高木隆郎 (編). 星和書店, 印刷中.
- 小山智典, 稲田尚子, 井口英子, ほか. (2009). 自閉症スペクトラム障害児の早期発見システム導入による効果の検討. 平成 20 年度国立精神・神経センター精神保健研究所研究報告会, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., et al. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 31, 131-144.
- Sutera, S., Pandey, J., Esser, E. L., et al. (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37, 98-107.

近藤 直司\*

## 青年のひきこもり

児童青年精神医学とその近接領域 50(50周年記念特集号)；156—160 (2009)

### I. はじめに

本稿では、まず、青年期のひきこもり問題が精神医学や心理学においてどのように捉えられてきたかを概説したい。とくに成因論について整理することを目的とし、そのうえで、治療・援助論の方向性を展望したいと思う。

### II. 精神医学・心理学が取り上げてきた「ひきこもり」

精神医学や心理学においては、古くから「ひきこもり」という用語が用いられてきた。この用語は、周囲に無関心になり、もっぱら自らの内面ばかりに心を奪われ、自己愛的な内的世界に浸っている状態（自閉、内的なひきこもり）、他者に「心を開く」ことや、他者との「心を通わせる」ことができない状態（情緒的なひきこもり）、あるいは対人関係を回避し、孤立している状態、社会生活の範囲が著しく限定されている状態（外的なひきこもり、社会的ひきこもり）など、多義的に用いられてきた。つまり、内的世界のレベルで生じている現象と、外的・現実的な状態像として生じている現象という双方の意味が包含され、そのときどきの文脈によって使い分けられてきたということであろう。

たとえば英国では、1940年代からスキゾイド・パーソナリティ（分裂病質）の精神病理学研究において、内的なひきこもり現象や自ら孤立を選択する人たちが臨床研究の対象となってきた。こうしたスキゾイド研究は、今日においても、対人関係からひきこもる人々のパーソナリティ特性を検討するうえで極めて重要な鍵概

念となっている。また小此木（2000）は、エリクソンが1968年に提唱した「アイデンティティ—拡散症候群」が今日的な青年のひきこもりについての最初の記載であると指摘し、その臨床像を「自意識ばかりが過剰になり、社会が与えてくれたモラトリアムを有意義に利用することができない。いろいろな同一化を試みたり、アイデンティティ—選択のゲームを楽しむ自我の活力が失われ、いつになっても自己定義を回避する選択麻痺の状態に陥る。人と親密になると呑み込まれる不安が起こり、対人的な距離のとり方が失調し、未来に対する希望や展望が失われる。生活全体の緩慢化、絶望、無気力が生じ、どんな社会的活動からもひきこもってしまう。」と要約している。

1970年代からは、わが国においてもスチューデント・アパシーの問題が取り上げられ、退却神経症（笠原，1988）、逃避型抑うつ（広瀬，2000）、思春期内閉（山中，2003）、自閉傾向の強い家庭内暴力を示す思春期ケース（小倉，1980；中村，1991）など、今日的なひきこもり問題と密接に関連するような臨床研究が始まっている。

### III. 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景

外的・社会的なひきこもりの精神医学的背景はかなり多様であることがわかってきている。たとえばRubin（1996）は、おもに子どもにみられるひきこもりを想定して、社会的ひきこもり social withdrawal を、「よく知っている人と知らない人、またはどちらか一方の同年代の人たち peer と出会ったときの孤立的な行動の（状況や時にかかわらない）一貫した表れであり、自ら同年代の集団から距離をとること」と規定し、DSM-IVの診断カテゴリーの中では、分離不安

\*山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所  
e-mail: kondou-yrh@pref.yamanashi.lg.jp

障害, 幼児期または小児期早期の反応性愛着障害, 自閉性障害, 社会恐怖(社会不安障害), 適応障害(特定不能), 大うつ病性障害と気分変調性障害, 回避性パーソナリティ障害, スキゾイド・パーソナリティ障害に, ICD-10では, 選択性緘黙, 自閉症, 単純型統合失調症, 幼児期の反応性愛着障害, スキゾイド・パーソナリティ障害, 急性ストレス反応, 社会恐怖, 気分変調症, 気分循環症, 小児期の分離不安, 小児期の恐怖症性障害, 小児期の社会性〔社交〕不安障害, 他の小児期の情緒障害(小児期の全般性不安障害), 不安性(回避性)パーソナリティ障害において, 社会的ひきこもりが一つの症状として記載されていると指摘している。

筆者ら(近藤ら, 2007)は, 山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち, 16歳~35歳において6カ月以上の社会的ひきこもり(社会参加に至らず, 対人関係を回避し, 孤立している状態)をきたしており, 相談・支援経過において本人が来談したケースをDSM-IV-TRにもとづいて診断し, 統合失調症, 妄想性障害, 社会恐怖, 強迫性障害, 適応障害(不安と抑うつ気分の混合を伴うもの, 慢性), 回避性パーソナリティ障害, 特定不能のパーソナリティ障害などの他, 軽度精神遅滞に適応障害や広場恐怖が合併したケース, あるいはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害, 広汎性発達障害に社会恐怖や身体表現性障害, 強迫性障害などが合併したケースがあったこと, 情報不足のために診断を保留したケース以外には, すべてのケースに何らかの診断が付与されたことを報告した。また, 家族からの相談のみで, 本人が医療機関や相談機関を利用しようとしていないケースについても検討したところ, 幻覚妄想状態や激しい巻き込み型の強迫行為が確認されるなど, 明らかに精神科的な医療ニーズを有するものが多く含まれていたこと, 本人には就職・就労経験のないものが有意に多く, 著しい頑なさ, 生活が変化することや新しい状況に直面することへの抵抗感, あるいは社会への志向性, 回避傾向, 社会適応能力などの点において, より深刻

なケースが多いことが明らかになった。

医療機関や保健所・保健福祉事務所と比較すれば, 精神保健福祉センターは生物学的治療よりも心理-社会的支援が中心になるケースや, いわゆるサブ・クリニカルなケースまでを広く相談・支援の対象とする傾向がある。生物学的治療を必要と判断されるケース, 激しい精神症状を伴うようなケースの割合が少ないことから, ひきこもり問題全体としては, 統合失調症や気分障害, 重症の不安障害, あるいは, 併存障害や暴力を伴うような発達障害やパーソナリティ障害などの割合がもっと多いのかもしれない。これまで, 学術的根拠は曖昧なまま, 「統合失調症を除けば, ひきこもる本人には精神医学的な問題がない」といった解釈が, 一般社会ばかりでなく, 関係する専門家の間にもかなり広く流布したように思われるが, 上記の報告は, より厳密な診断のもとに治療・支援を検討してゆく必要があることを示すものである。

#### IV. 広汎性発達障害を背景としたひきこもり ケースの精神病理学的特性

青年期ひきこもりケースの中に, 発達障害, とりわけ広汎性発達障害をもつ人が少なくないことが明らかになったことは, それまで把握が難しかったひきこもりのメカニズムをいくらか明らかにすることに役立ったものと思われる(近藤ら, 2007, 2008)。

高機能広汎性発達障害を背景としてひきこもり状態に陥っているケースの生物的一心理的メカニズムは, 以下のようなものである。まず, 他者の意図や会話を理解すること, あるいは状況や文脈の読みが苦手なために, 漠然とした, または独特に意味づけされた違和感, 被害感, 不適応感, 自己不全感を抱きやすく, このことが社会恐怖や対人恐怖, 社会参加に対する意欲の低下につながっていることがある。また, 今後のことを具体的に想像することの苦手さや実行機能の問題などのため, 漠然とした日常生活が長期化しやすい。こうした傾向の背景には, 過去の成功や不快な体験に固執し, 現在の生活

パターンを変えることや、新しい体験、予期せぬ事態に直面することへの抵抗感が強いことも関連しているようである。

この他、現実回避のための防衛的なメカニズムを背景として自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じる結果、外的な現実や他者への意識、現実検討がさらに減衰しているケース、おもに感覚過敏のために不登校となり、その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま、社会的な場面を回避しているケース、生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成されているように思われるケースもある。さらに、協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表出の苦手さなど、運動表出系の困難をもつ場合にも、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じ、不適応やひきこもりにつながることもある。

## V. ひきこもり問題をめぐる社会的観点

ここまで、ひきこもり問題の背景要因のうち、おもに生物的一心理的要因（個人精神病理）について述べてきた。しかし、今日的なひきこもり問題が、個人の精神病理だけでなく、家族や文化・社会状況と密接に関連しているという認識は広く共有されているものと思われる。次に、社会的要因に関する論点を紹介しておきたい。

### 1. ひきこもりの長期化に関連する家族状況

中村（1991）は、早くから「家庭からでられない青年を持つ家族」というモデルを示し、両親間に慢性的で潜在的な葛藤が続いているために、子どもは家族の絆が脆弱であることに無意識的に過敏になり、「手のかからない、できのよい子」として機能しながら青年期を迎えていること、母親は夫婦の潜在的な満たされなさを埋め合わせるものとして子どもとの関係を形成してきており、過保護や過干渉といった関係をつ

くりやすいこと、そして、こうした家族関係が維持される結果、家族は青年期の子どもを社会に送り出してゆくために必要な「橋渡しシステム」としての機能を発揮できないことを指摘した。

また、青年期のひきこもりが社会問題化し始めた時期、思春期・青年期ケースの家族療法や家族支援に取り組んでいた臨床家は、家族にみられる柔軟性の乏しさ、あるいは、家族システムや家族のコミュニケーション・パターンに変化が生じにくいことに気づき始めた。

たとえば吉川（2001）は、ひきこもりケースの家族にみられる特徴として、家族内の緊張を一定の閾値に留めようとする暗黙のルールや葛藤回避的なコミュニケーション・パターンがあることを指摘した。また近藤（2000）は、ひきこもりケースにみられる家族文化とその背景にある家族成員の精神力動に注目し、家族同士がそれぞれの内面に踏み込まないようにしていること、親（多くは母親）は子どもとの分離に対する不安が強く、子どもを抱え込もうとする傾向がみられること、ときには、子どもが自立的な動きを示した局面で、親の喪失感や分離不安が喚起され、子どもの建設的な行動を抑制しようとする場合があることなどを報告した。この他にも、家族にみられる柔軟性の乏しさや、家族関係を変化させることの難しさの背景要因として、多くの臨床家が喪失をテーマにした家族神話や、子どもの自立に伴って体験される親の喪失感に注目した（狩野，2001；皆川，2001；檜林，2000）。

この他、想像力や応用力の乏しさのため、子どもが体験していることを想像しながら、これまでとは違う関わり方を工夫してみるといったことが極端に苦手な家族と出会うことも多く、今後、いわゆる Broader Autism Phenotype との関連から検討が加えられることになるかもしれない。

### 2. 文化・社会状況の影響

文化・社会状況との関連についても多くの論